**Введение.**

Переход к рынку ознаменован в России рядом кардинальных изменений в организационной структуре хозяйства. В ходе этого произошла модернизация финансовой системы, и прежде всего ее центрального звена - общегосударственных финансов. Постепенно стали возникать, один за другим «отпочковываться» от бюджетной системы внебюджетные фонды. Главенствующие положение среди них по размеру мобилизуемых средств занимали внебюджетные социальные фонды. Внебюджетным социальным фондам придан статус самостоятельных финансовых учреждений. Внебюджетные фонды возникли не одновременно, каждый вводился особым законодательным актом.[8,с.28]

Фонд обязательного медицинского страхования создан в соответствии с Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 года №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Целью создания данного фонда является изменение принципов финансирования здравоохранения, используя источники, формируемые при проведении медицинского страхования.

Целью написания данной курсовой работы является рассмотрение порядка взаимоотношения ТОО «Калининское» с Фондом обязательного медицинского страхования.

Для достижения поставленной цели рассмотрим следующие задачи:

* изучить историю создания Фонда обязательного медицинского страхования;
* рассмотреть точки зрения ученых о медицинском страховании;
* изучить сущность социального страхования и его значение для хозяйствующих субъектов;
* рассмотреть нормативно-правовую сторону формирования и функционирования Фонда обязательного медицинского страхования;
* наметить пути совершенствования формирования и использования Фонда обязательного медицинского страхования.

Для выполнения курсовой работы я пользовалась следующими методами исследования: монографическим, абстрактно-логическим, расчетно-конструктивным.

Использование монографического метода предусматривает изучение отдельных типичных общественных явлений и опыта передовых хозяйств. Он включает в себя обследование объектов, анализ деятельности предприятий, выявление прогрессивных методов ведения производства, изучение передового опыта в хозяйствах.

Расчетно-конструктивный метод основан на изучении перспектив развития сельскохозяйственного производства. Он включает изучение объективной реальности, научных данных и практики с влиянием действия установленных закономерностей; составление наиболее целесообразных вариантов решения поставленного вопроса с учетом достижений науки и практики; экономическая, техническая и технологическая оценка вариантов решения вопроса с выявлением наиболее рационального, и массовым его обсуждением; разработку мер по освоению проекта.

Абстрактно-логический метод требует целеустремленного, планомерного и систематического изучения явления, логического разделения его, на составные части: абстрагирование и выделение основной категории, в которой скрыты все важнейшие признаки изучаемого явления; логическое соединение составных частей явлений и установление закономерностей его развития; формирование существенных признаков основной экономической категории. Включает наблюдение за общественной и целесообразной деятельностью людей, направленной на преобразование природы и общества; теоретические выводы с определением понятий, категорий и законов отражающих развитие процесса; научную абстракцию с использованием приемов анализа, синтеза, индукции и дедукции; использование полученных результатов для полученных целей.

Объектом исследования в работе является ТОО «Калининское» Знаменского района Тамбовской области.

Предметом исследования является изучение взаимоотношения ТОО «Калининское» с Фондом обязательного медицинского страхования.

Данная курсовая выполнена на 33 листах печатного текста, включает в себя 4 раздела, введение и заключение, а также список литературы из 10 источников. Содержит 4 таблицы 2 приложений.

I. **Фонд обязательного медицинского страхования**

 Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в случае потери здоровья по любой причине. Этот вид страхования связан с компенсацией расходов граждан, обусловленных получением медицинской помощи, а также иных расходов, связанных с поддержанием здоровья.

Проводимое в обязательной форме, медицинское страхование приобретает черты социального страхования, поскольку порядок его проведения устанавливается государственным законодательством.

В своем выступлении Ю.М.Комаров [7,с.17] - генеральный директор научно-производственного объединения медико-социальных исследований, экономики и информатики Минздрава России на Всероссийском совещании руководителей органов управления здравоохранением субъектов РФ в Екатеринбурге затронул несколько интересных вопросов реформирования медицины.

«Еще совсем недавно мы имели очень сильных руководителей здравоохранения в регионах и ослабевший Минздрав, который находился с ними в конфронтации. Впрочем, не только с ними, но и с фондами, и с другими организациями. Этот период, закончился. Сейчас идет процесс консолидации, который, проявился с новой силой на Всероссийском съезде врачей, который состоялся 5-7 июня 1997 года. Сложилась принципиально новая ситуация: с одной стороны, - сильное Министерство здравоохранения, с другой стороны, - сильные регионы. Есть, что называется, предмет для обсуждения.»

В своей статье «В реформах наше будущее» он выделил, что Минздрав, должен определять политику и стратегию развития отрасли, и это убедительно было заявлено в докладе Министра. Это должно сводиться к следующим проблемам:

1. Обязательно в законодательном порядке должны быть установлены национальные приоритеты. При Госдуме, необходимо создать специальные группы экспертов, которые бы этим занимались.

2. У нас накоплены колоссальнейшие проблемы в области здоровья населения. Для их решения необходимо объединение усилий различных министерств и ведомств. Нужна разработка федеральной программы «Здоровье для всех граждан России».Одна из немногих стран Европейского региона, которая не имеет такой программы, - это наша страна. Во многих странах мира такие программы есть уже, и даже для отдельных провинций.

3. Далее, необходимо создание концепции реформирования здравоохранения, основанной на приоритетных проблемах. Территории должны четко знать, что нужно развивать в первую очередь, что во вторую очередь, на каких направлениях нужно сконцентрировать те минимальные ресурсы, которые есть в территориях.

4. Необходимо очень четко работать по федеральным и отраслевым программам.

5. Нужна разработка взаимосвязанных правовых актов с выделением первоочередных из них.

6. Необходимо проводить единую информационную политику. Нужно по максимуму сохранить нашу систему статистики, но наполнив ее другим содержанием. Необходимо лучше, полнее, правильнее использовать доступную информацию.

7. Далее, нужно обязательно осуществлять единую политику в области международного сотрудничества. Имеется около 50 международных организаций, которые работают напрямую с территориями. Минздрав должен сыграть свою головную координирующую роль, то есть должна быть ясная политика в области международного сотрудничества. Вообще, должна быть координация работ по всем аспектам реформ здравоохранения, проводимых в регионах. Нужна регулярно налаженная система информации о том, где есть что-то новое, интересное, прогрессивное.

1. Нужно обязательно координировать усилия в области реализации принятых законов.

 По его мнению необходимо сохранить общественный характер здравоохранения. Конечно, должны создаваться и частные, дополнительные учреждения, но это не должно носить массовый характер. Основу должна составлять государственная система. При этом государственный бюджет на здравоохранение должен составлять не менее 60%, около 30% - средства обязательного медицинского страхования и не более 10% - платные услуги. Говорить о том, что платных услуг не должно быть - нельзя, нужно просто упорядочить этот процесс.

Все реформы должны подвергаться одному критерию: хорошо или плохо больному и хорошо или плохо врачу. Мы всегда идем от системы, а это неправильно. Мы должны развернуть всю систему здравоохранения к пациенту. У нас пациент никогда по-настоящему не был в центре внимания системы. Хорошо для пациента, - значит, будет хорошая реформа, плохо для пациента - такая реформа не должна иметь место.

Многие медицинские страховые организации и компании свою главную роль пока не выполнили. Они создавались в том числе для двух целей: для защиты прав пациента и для обеспечения качества медицинской помощи. Но права пациента еще не всегда соблюдаются, а качество медицинской помощи пока не улучшается. Необходимо стремиться к удешевлению и упрощению всей системы ОМС, которая, по мнению экспертов ВОЗ, сложна и неэффективна. Эта проблема есть, и ее надо решать.

На заседания согласительной комиссии Московского областного фонда ОМС от 1 декабря 1994 г. был рассмотрен вопрос о тарифах на медицинские услуги по специальностям врачей амбулаторно-поликлинических подразделений (учреждений) области.

На этом заседании выступили: Устьянцева С.А.,Гарбузюк Н.И.,Дедков Е.Д.,Матвеева С.И.,

Нестеровский Я.И.,Щиголев С.П. В ходе дискуссии они пришли к единому мнению и решили утвердить 8 пунктов по этому вопросу:

 1.Принять коэффициенты индексации тарифов (по видам затрат) на медицинские услуги к базе 1 полугодия 1994 г.

 фонд заработной платы- 1,5(с учетом перетарификации среднего медицинского персонала с 1.04.94г. и введения фиксированных надбавок на первые 4 разряда единой тарифной сетки с 1.07.94г.).

 накладные расходы - 1,5

 расходы на медикаменты - 2,7

 расходы на мягкий инвентарь - 1,8

 2.Для медицинских работников,ведущих фельдшерский прием, стоимость каждого вида посещения (тарифа) независимо от категории ЛПУ, расчитывается в процентном отношении от стоимости посещений врача соответствующей специальности - 80%.

 3.Стоимость посещения(тарифа) врача-терапевта и врача-педиатра приравнивать соответственно к стоимости посещения врача-терапевта участкового и врача-педиатра участкового.

 4.Структурные подразделения лечебно-профилактических учреждений

применяют тарифы ,соответствующие категории ЛПУ ,присвоенной лицензионно-аккредационной комиссией.

 5.Оплату одного посещения в дневном стационаре и стационаре на дому производить по предъявленным сметам расходов.

 6.Исполнительной дирекции фонда совместно с ГУЗО проработать вопрос возможности разделения нагрузки на первичный и повторный прием по врачам специалистам.

 7.Привести в соответствие тарифы на медицинские услуги для ЛПУ IУ категории относительно I,II и III категорий.

 8.При введении оплаты стационарной помощи из средств фонда ОМС откорректировать тарифы с целью выравнивания уровня финансирования амбулаторно-поликлинического и стационарного звена ЛПУ.

25 июля 1996 года состоялось заседание коллегии минздравмедпрома России.[6,с.12] На нем выступил заместитель Министра здравоохранения и медицинской промышленности России Владимир Шабалин с докладом «Об организации научно-медицинских исследований в Российской Федерации».

Как стало ясно из его доклада, российский ученый сегодня не является собственником созданного им продукта и не имеет экономической заинтересованности в результатах своего труда. Это отрицательно сказывается на качестве проводимых научных исследований. Словом, продукт медицинских научных исследований должен иметь цену. А поскольку выделяемых федеральных средств недостаточно, то, по мнению Владимира Шабалина, нужно искать другие источники финансирования. В частности, одним из таких источников может стать Фонд обязательного медицинского страхования. Кроме того, необходимо определить приоритеты в развитии отечественной медицинской науки, отдавая предпочтение исследованиям, имеющим прикладное значение.

28 июня в Ростове-на Дону состоялась встреча руководителей Минздравмедпрома России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Госкомсанэпиднадзора России со своими коллегами - руководителями соответствующих территориальных структур. Руководители федеральных ведомств приехали, чтобы посоветоваться и обсудить новую концепцию развития здравоохранения и медицинской науки, предусматривающую приоритет прикладных исследований, новый закон об обязательном медицинском страховании, в котором финансовые органы здравоохранения - территориальные фонды - получат больше полномочий. В целом, внесенные поправки были одобрены. Немало времени было уделено и обсуждению положения дел в южном регионе и Ростовской области. Здесь особую роль в финансировании здравоохранения играют территориальные фонды ОМС. Из средств ОМС поступает до 40% всех средств здравоохранения. Одной из особенностей региона является и стабилизация эпидемиологической ситуации, ранее крайне неблагополучной и представлявшей угрозу для всей России. Решение сложных вопросов охраны здоровья стало возможным благодаря тесному взаимодействию руководителей российских и местных органов.

Об опыте Республики Коми в организации и ведении «лекарственного страхования» говорит В.Н.Девятеров,
исполнительный директор межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Северо-Запада»[5,с.5].

Ситуация рынка лекарственных средств в Республике Коми, предшествующая переходу на лекарственное страхование населения, характеризовалась неуправляемым ростом цен на медикаменты и изделия медицинского назначения, усугубляемым высокими процентными ставками за банковский кредит (уровень торговых надбавок по отдельным аптечным предприятиям составлял от 120 до 600%), отсутствием системы вертикального подчинения и управления аптечными предприятиями, дефицитом в государственной и коммерческой аптечной сети жизненно необходимых медикаментов, бесконтрольным приобретением медикаментов руководителями ЛПУ (при недостаточности знаний о маркетинге, ситуации на рынке лекарственных средств, ценах); появлением из-за указанной бесконтрольности возможности финансовых злоупотреблений; дефицитом бюджетного финансирования и возможностью руководителей ЛПУ перераспределять бюджетные средства со статьи на статью, в ущерб статьям жизнеобеспечения учреждений, содержания и лечения пациента, наличием финансовых средств в территориальном фонде ОМС Республики Коми и отсутствием, на тот момент, возможности их использования без введения медицинского страхования.

Кроме того, был принят ряд нормативных актов, которые (в дополнение к федеральным) определяли дополнительные социальные гарантии отдельным категориям населения республики в области лекарственного обеспечения (Закон Республики Коми «О социальной защите ветеранов в Республике Коми», о государственных комплексных программах «Здоровье женщины», «Детство» и ряд других), реализация которых была затруднена из-за дефицита бюджетного финансирования.

Исходя из изложенного, Минздрав Республики Коми и территориальный фонд ОМС определили цели реформирования системы лекарственного обеспечения:

* остановить рост цен на медикаменты и изделия медицинского назначения;
* обеспечить потребность населения и лечебно-профилактических учреждений в жизненно необходимых лекарственных средствах;
* сделать медикаментозное обеспечение доступным населению как по номенклатуре, так и по ценам;
* прекратить злоупотребления (и даже их возможность) на рынке лекарственных средств;
* покрыть дефицит бюджетного финансирования лекарственного обеспечения средствами территориального фонда ОМС Республики Коми;
* установить жесткий контроль за расходом лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

снизить (а затем и исключить) уровень торговых надбавок на медикаменты за счет беспроцентного кредитования, реорганизации аптечной сети, лекарственного маркетинга.

Министр здравоохранения Республики Коми Г.М.Дзуцев, исполнительный директор территориального фонда ОМС Ю.Н.Канев предложили механизм реформирования лекарственного обеспечения населения республики.[5,с.5]

Тема лекарственного обеспечения населения одна из наиболее важных в медицине. Врачебный труд без лекарственного арсенала превращается в труд «советника» по медицинским проблемам и это в Республике Коми осознали в полной мере.

Как любое нововведение, лекарственное страхование населения Республики Коми вызвало у членов Совета различные мнения и суждения. Этот метод надо серьезно изучать и анализировать. Но сегодня бесспорно одно, - каждый житель Республики Коми знает, что в случае болезни его есть чем лечить.

Ассоциация реально ощутила заинтересованность властных структур и, прежде всего, Минздрава РФ во взаимодействии.

Однако сейчас ясно одно: настала пора от теоретической части перейти к практическому взаимодействию и интеграции регионов по разным направлениям здравоохранения. Необходима интеграция в области оказания специализированной медицинской помощи населению Северо-Запада. Сейчас многие медицинские центры федерального подчинения поставлены на грань выживания, особенно это ощутимо в Санкт-Петербурге, а жители регионов ограничены в получении необходимой медицинской помощи. Объединить усилия регионов по сохранению и созданию межрегиональных центров высоких медицинских технологий - задача ассоциации.

II. **Краткая экономическая характеристика**

**ТОО «Калининское»**

Хозяйство им. Калинина находится на территории Тамбовской области Знаменского района . Природно - климатические условия района благоприятствуют ведению сельскохозяйственного производства. На эффективность использования природного потенциала влияет обеспеченность хозяйства материалами, трудовыми и финансовыми ресурсами.

Общая земельная площадь хозяйства составляет 5693 га. в т.ч. 5361 га. занимают сельхозугодья, из них пашни 4981 га., многолетние насаждения 19 га., сенокосы 289 га . и пастбища 91 га. Эти данные за период с 1995-1997 год не изменились. Противоположная ситуация наблюдается в животноводстве в связи с эпидемией туберкулеза поголовье снизилось в 2,5 раза, в 1995 году оно было 1411 голов, а в 1997 году стало составлять 576 голов.

Для анализа производственного направления ТОО «Калиненское» определим структуру товарной продукции и рассчитаем показатели специализации.

Таблица 1.

Специализация предприятия ТОО «Калининское» Знаменского района Тамбовской области за 1995-1997 годы, (в не деноминированных рублях)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Отрасли и виды продукции | Денежная выручка от реализации, млн.руб. | Структура выручки от реализации продукции, % |
|  |  | 1995 | 1996 | 1997 |  |
| 1 | Зерно  | 683 | 1188 | 1427 | 1099 | 24,1 |
| 2 | Подсолнечник | 262 | 350 | 99 | 237 | 5,3 |
| 3 | Сахарная свекла | 1986 | 2607 | 2223 | 2272 | 49,7 |
| 4 | Прочее по растениеводству | 462 | 8 | 0 | 150 | 3,4 |
|  | Итого по растениеводству  | 3375 | 4153 | 3749 | 3760 | 82,3 |
| 5 | Скотоводство, всего | 679 | 1062 | 322 | 688 | 15,1 |
|  | в т.ч. молоко | 486 | 232 | 4 | 241 | 5,3 |
|  | мясо | 193 | 830 | 318 | 447 | 9,8 |
| 6 | Свиноводство, всего | 72 | 76 | 196 | 115 | 2,5 |
|  | в т.ч. мясо | 72 | 76 | 196 | 115 | 2,5 |
| 7 | Прочее по животноводству | 6 | 8 | 8 | 7 | 0,1 |
|  | Итого по животноводству | 757 | 1146 | 526 | 809 | 17,7 |
| 8 | Всего по хозяйству | 4132 | 5299 | 4275 | 4569 | 100 |

В течение исследуемого периода можно отметить, что наибольший удельный вес в структуре товарной продукции ТОО «Калиненское» занимает сахарная свекла в среднем за три года она составила 49.7% . Она используется хозяйством для покрытия убытков. Второе место занимает зерно (24.1%). Она реализуется в региональный продовольственный фонд и другим потребителям. Наименьший удельный вес в структуре занимает отрасль животноводства, а именно свиноводство его процент в общей структуре составил 2.5%.

Чтобы оценить эффективность производства важны трудовые ресурсы.

Таблица 2

Структура трудовых ресурсов предприятия ТОО «Калининское» Знаменского района Тамбовской области за 1995-1997 годы.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Категории работников | 1995 | 1996 | 1997 |
|  |  | чел | % | чел | % | чел | % |
| 1 | Рабочие постоянные, занятые в сельскохозяйственном производстве | 181 | 62 | 167 | 56 | 190 | 65,1 |
| 2 | Рабочие сезонные и временные | 36 | 12,3 | 34 | 11,4 | 29 | 9,9 |
| 3 | ИТР | 40 | 13,7 | 36 | 12,1 | 37 | 12,7 |
|  | Итого работников, занятый в сельскохозяйственном производстве | 257 | 88 | 237 | 80 | 256 | 87,7 |
| 4 | Работники ЖКХ и культурно-бытовых предприятий | 2 | 0,7 | 2 | 0,7 | 2 | 0,7 |
| 5 | Работники торговли, общественного питания | 11 | 3,8 | 10 | 3,4 | 10 | 3,4 |
| 6 | Работники, занятые капитальным ремонтом зданий и сооружений | 2 | 0,7 | 29 | 9,7 | -- | -- |
| 7 | Работники занятые в подсобно-промышленных предприятиях | 20 | 6,8 | 20 | 6,7 | 24 | 8,2 |
|  | Всего | 292 | 100 | 298 | 100 | 292 | 100 |

Из анализа таблицы видно, что в 1996 году она возросла на 6 человек, а в 1997 году снизилось на такое же количество и стало составлять 292 человека. Анализ структуры численности работников показал, что основную массу занимают рабочие занятые в сельскохозяйственном производстве в1995 году они составили 62%, в 1996 году 56%, и в 1997 году 65,1%.Это говорит о том, что основные работы производятся собственными силами. Число сезонных и временных работников с каждым годом снижается так как средств для выдачи заработной платы нет. В последние годы предприятие ведет расчеты своей продукцией. В 1995 и 1996 году в хозяйстве проводились капитальные работы по ремонту зданий и сооружений. Другие категории в период с 1995 по 1997 год работников существенно не изменились.

Для определения эффективности использования трудовых ресурсов применяют показатель производительности труда, который характеризуется выходом валовой продукции сельского хозяйства на одного работника. В хозяйстве этот показатель равен в 1995 году - 8,9, в 1996 - 6,4, в 1997 - 5,6.

Таблица 3

Себестоимость основных видов продукции

ТОО «Калининское» Знаменского района Тамбовской области за 1995-1997 годы, (в не деноминированных рублях)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Показатели | Себестоимость 1 ц., в тыс.руб |
|  |  | 1995 | 1996 | 1997 |
| 1 | Зерновые в среднем | 27 | 29 | 34 |
| 2 | Сахарная свекла | 63 | 16 | 18 |
| 3 | Подсолнечник | 22 | 62 | 104 |
| 4 | Молоко | 871 | 1640 | 4160 |
| 5 | Прирост живой массы: КРС | 6532 | 19476 | 30220 |
|  |  свиней | 12488 | 39830 | 43750 |

Анализ себестоимости основных видов продукции по данным за последние три года показал, что себестоимость имеет тенденцию к росту, это связано прежде всего с инфляционными процессами. Так в динамике в 1997 по сравнению с 1995 годом себестоимость в растениеводстве, а именно зерновых, возросла в 1,2 раза. Однако себестоимость сахарной свеклы уменьшилась в 3,5 раза, это произошло потому, что в 1995 году ТОО «Калининское» не успело полностью убрать урожай с полей, в следствии чего хозяйство понесло огромные убытки, а это соответственно привело к росту себестоимости. В животноводстве себестоимость увеличилась по всем показателям увеличилась примерно в 4.5 раза.

Эффективность использования земельных, материальных и трудовых ресурсов характеризуют финансовые результаты деятельности предприятий.

Таблица 4

Финансовые результаты ТОО «Калининское» Знаменского района Тамбовской области за 1995-1997 годы, (в не деноминированных рублях)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Показатели | 1995 | 1996 | 1997 | Отношение 1995 к 1997,% |
| 1 | Стоимость валовой продукции сельского хозяйства, млн.руб | 2081 | 1520 | 1481 | 71,1 |
| 2 | Полная себестоимость продукции, млн.руб | 2914 | 8345 | 7375 | 253,1 |
| 3 | Выручка от реализации продукции, работ, услуг, млн.руб | 3679 | 5341 | 4267 | 116 |
| 4 | Прибыль (убыток), млн.руб | 765 | -3004 | -3108 | -- |
| 5 | Уровень рентабельности (убыточности), % | 26 | -36 | -42 | -- |

Анализ финансовых результатов является одним из важнейших аспектов хозяйственной деятельности предприятия. За период с 1996 по 1997 год ТОО «Калининское» является убыточным так как затраты на производство превышают выручку от реализации продукции, работ, услуг. стоимость валовой продукции сельского хозяйства с каждым годом снижается, это говорит о там, что урожайность в ТОО «Калининское» за последние годы снижается, следовательно валовой сбор снижается. Прибыль ТОО «Калининское» последний раз получало в 1995 году, а в 1996 и 1997 годах одни убытки и судя по этим годам убытки увеличиваются. Такая ситуация сложилась в связи с экономическим кризисом в стране.

**III. Анализ действующего порядка отчисления денег в фонд обязательного медицинского страхования.**

3.1 Понятие фонда медицинского страхования.

В соответствие с законом Р.Ф. «О медицинском страхование граждан в Р.Ф». Медицинское страхование до недавних пор является частью государственного обязательного социального страхования, проводимого за счет средств предприятий и учреждений.

 Выплаты в связи с нетрудоспособностью граждан осуществляется за счет самостоятельной финансовой системы государственного социального страхования.

При ОМС гражданам при обращении в лечебные медицинские учреждения гарантируется получение медицинской помощи в соответствие с перечнем и объемом, установленными территориальными программами медицинского страхования.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.[1]

Медицинское страхование производится в двух формах: обязательное и добровольное.

 Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

 Добровольное медицинское страхование является дополнением к обязательному, осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.[9,с.134]

 Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. (в ред. - Закона РФ от 02.04.93 N 4741-1).

ОМС базируется на следующих организационных правилах и экономических принципах:

* *Всеобщность*. Все граждане Российской федерации не зависимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение медицинских услуг, включенные в территориальные программы ОМС.
* *Государственность*. Средства ОМС находящиеся в государственной собственности Р.Ф., ими управляют Федеральный и территориальные фонды ОМС, специализированные медицинские организации Государство выступает непосредственным страхователем для неработающего населения.
* *Некоммерческий характер*. Вся получаемая прибыль от операций по ОМС направляется на пополнение финансовых резервов системы ОМС.

Субъектами ОМС являются:

1. Страхователи - юридические лица, заключившие договоры страхования и уплатившие страховые взносы:
* при страховании неработающего населения - государство в лице местных органов исполнительной власти,
* при страховании работающего населения - юридические лица, независимо от форм собственности и организационно-правовой формы.

2.Застрахованные лица - физические лица в пользу которых заключен договор страхования, то есть все граждане России, а также иностранные граждане, постоянно проживающие на территории России.

3.Страховщики - страховые медицинские организации, имеющие государственную лицензию на право проведения ОМС, а также медицинские учреждения имеющие лицензию на право оказания медицинской помощи и услуг.

Территориальная программа ОМС утверждается органами государственного управления субъектов РФ.

Страхователь обязан заключить договор ОМС со страховой медицинской организацией .Она может быть утверждена в любой организационно правовой форме и на дату учреждения должна иметь уставной капитал не менее 1200 ММОТ, она обязана государственную лицензию на право проведения ОМС(выдается Федеральной службой России по надзору за страховой деятельностью).Учредителями не могут быть органы управления здравоохранения и медицинские учреждения.

Договор ОМС заключается между страхователем работодателем или органом государственной исполнительной власти о страхование работающего и неработающего населения. Застрахованные граждане обязаны иметь полис ОМС. Он является именным и находится на руках у застрахованного.

Полисы обязательного медицинского страхования дают право на лечение в тех же районных больницах и поликлиниках, к которым и ранее осуществлялось прикрепление по территориальному принципу.

Полис ОМС является документом, появление которого связано с новым каналом финансирования лечебных учреждений (не из бюджета, а из фондов ОМС), и не приносит его владельцу никаких новых преимуществ.

Медицинские учреждения получают право на предоставление медицинских услуг после аккредитации в соответствующих органах управления здравоохранения.

3.2 Источники образования фонда ОМС

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет отчислений страхователей на ОМС. Фонд предназначен для аккумулирования финансовых средств на ОМС, обеспечение финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивание финансовых ресурсов на его проведение.

Финансовые средства фонда находятся в государственной собственности Р.Ф., не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Движение финансовых средств в системе ОМС строго регламентировано действующем законодательством. Страхователь уплачивает страховые взносы по ОМС в размере 3,6% от ФЗП в территориальный фонд ОМС. При оплате счетов медицинского учреждения, организация контролирует качество оказанных гражданам медицинских услуг и их соответствие медико-экономическим стандартам. Страховые медицинские организации имеют специальные экспертные комиссии.

Страхователь, заключивший договор страхования, имеет право расторгнуть его со страховой медицинской организацией и заключить с другой.

Система ОМС в России находится на стадии формирования, и в ряде территорий могут быть приняты некоторые отклонения от изложенных выше организационных принципов.

3.3 Порядок взаимоотношения ТОО «Калининское» с Фондом обязательного медицинского страхования.

В настоящее время, при образовании, все юридические лица подлежат обязательной регистрации в Фонде обязательного медицинского страхования. Юридические лица созданные до образования Фонда, к ним относится и ТОО «Калининское», также подлежат регистрации в Фонде в обязательном порядке.

При регистрации ТОО «Калининское» в Фонде обязательного медицинского страхования было предоставлено заявление, в котором указывается вид деятельности, юридический адрес предприятия, ИНН, ОКПО, ОКОНХ, № расчетного счета в обслуживающем банке. К заявлению было приложен документ о регистрации в Администрации Знаменского района и устав предприятия.

После регистрации в Фонде обязательного медицинского страхования ТОО «Калининское» ежеквартально производит отчисления в Фонд согласно нормативным документам:

— Положение «О порядке уплаты страховых взносов в Феде­ральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования», утвержденное постановлением Верховного Совета РФ от 24 февраля 1993 г. № 4543-1 [4], в соответствии с -которым плательщиками страховых взносов являются пред­приятия, учреждения и иные хозяйствующие субъекты, незави­симо от форм собственности;

— Инструкция «О порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование», утвер­жденная постановлением Правительства РФ от 11 октября 1993 г. № 1018 [2], в соответствии с которой страховые взносы на­числяются на средства, предназначенные для оплаты труда и не­зависимо от источников финансирования.

Эти отчисления установлены в размере 3,6 % по отношению к начисленной оплате труда по всем ос­нованиям, включая выполнение работ по договорам подря­да и поручения, из которой в соответствии с законодательст­вом РФ осуществляются отчисления на государственное со­циальное страхование (в том числе в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования — 0,2 процента).

Порядок уплаты страховых взносов.

Своевременность уплаты страховых взносов контролиру­ется по платежным документам и выпискам банка. Дата спи­сания средств с расчетного счета плательщика должна соответствовать дате получения заработной платы, указанной в заявлении страхователя при регистрации в фонде (или уста­новленному сроку для отдельных категорий плательщиков).

Работодатели, не имеющие счетов в учреждениях бан­ков, а также производящие оплату труда из выручки от ре­ализации продукции, выполнения работ и оказания услуг, уплачивают страховые взносы до 10-го числа месяца, сле­дующего за месяцем, на который начислены страховые взносы [Письмо ФОМС от 10 января 1997 г. № 86/23].

Сумма оплаты труда, не учтенная страхователем при ис­числении страховых взносов, на которую в соответствии с действующим законодательством они должны быть начис­лены, является сокрытой (заниженной) суммой оплаты труда и определяется помесячно.

Следует обратить внимание, что если страхователь за один и тот же период времени начислил страховые взносы на вы­платы, на которые страховые взносы в соответствии с действу­ющим законодательством не начисляются (например, денеж­ная компенсация за неиспользованный отпуск), и одновре­менно не начислил страховые взносы на выплаты, учитывае­мые при начислении страховых взносов (например, премии по результатам работы за год), то взаимозачет указанных сумм не производится [Письмо ФОМС от 10 января 1997 г. №86/23].

В соответствии с п. 21 Инструкции [2] к страхователям, нару­шающим установленный порядок начисления, перечисления средств и предоставления финансовой отчетности, применя­ются финансовые санкции в виде взыскания:

— штраф в размере страхового взноса — в случае сокры­тия или занижения сумм с которых должны начисляться стра­ховые взносы;

— при повторном нарушении (сокрытии) в течение года штраф взимается в двойном размене:

— пеня — за каждый день просрочки: в размере I% — для работодателей;

— штраф в размере 10 процентов от начисленных сумм взно­сов за несвоевременное предоставление расчетной ведомости.

Расчетная ведомость по взносам в Федеральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования составляется ежеквартально, главным бухгалтером предприятия. В ней указывается среднесписочная численность работников, кроме того - совместители и работники по договорам подряда и поручения.

Первый раздел ведомости содержит сами платежи в Федеральный и территориальный фонда обязательного медицинского страхования, а второй раздел содержит финансовые санкции.

Так за I полугодие 1998 года на ТОО «Калининское» начислено в Федеральный фонд 10184 руб., в территориальный 173141 руб. Но из-за отсутствия прибыли на ТОО «Калининское» выплаты в Фонд обязательного медицинского страхования не уплачиваются. И на конец II квартала 1998 года сумма задолженности на предприятии перед ФОМС, с учетом штрафных санкций, составила в федеральный фонд 63477 руб., и в территориальный фонд 1079445 руб. (Приложение 1)

Таблица №5

Отчисления в фонд обязательного медицинского страхования ТОО "Калининское" за период с 1995 по 1997 год (в не деноминированных руб)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1995млн. | 1996млн. | 1997млн. |
| Начислено всего | 934597214 | 51642485 | 59572464 |
| в т.ч в федеральный | 1922068 | 2869027 | 3309580 |
|  в территориальный | 932675146 | 48773458 | 56262884 |
| Уплачено всего | - | - | - |
| в т.ч в федеральный | - | - | - |
|  в территориальный | - | - | - |
| Начислено штрафов  (фин.санкций) всего | 39889294 | 87034516 | 137101435 |
| в т.ч в федеральный | 2215918 | 4835096 | 7616590 |
|  в территориальный | 37673376 | 82199420 | 129484845 |
| Уплачено всего | - | - | - |
| в т.ч в федеральный | - | - | - |
|  в территориальный | - | - | - |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Из таблицы видно, что выплаты в Фонд обязательного медицинского страхования за исследуемый период не проводились. За каждый год были начислены штрафы, но они также небыли уплачены. Это произошло из-за того, что предприятие уже ряд лет является убыточным. **IV. Совершенствование взаимоотношений сельского хозяйства с фондом медицинского страхования.**

В статье Н.Хундайназарова [10,с.11] раскрываются проблемы финансирования Российской медицины в общем блоке проблем здравоохранения. В частности, требует серьезной корректировки деятельность созданной в свое время, с целью более гибкого финансирования отрасли, системы обязательного медицинского страхования. Тем более это актуально сейчас, когда в условиях бюджетного кризиса ОМС стало главным источником средств для здравоохранения.

Поэтому не случайно, что такой интерес вызвали проходившие **14 января** в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации парламентские слушания по проектам федерального Закона «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», внесенных на рассмотрение правительством Российской Федерации и депутатом Государственной Думы Евгением Горюновым.

Старый закон был принят в довольно несовершенном виде, но все же он позволил более 3 лет проработать в условиях новой экономической политики в здравоохранении. Претензий к несовершенству первой модели ОМС было достаточно - это и недостаточный размер страхового взноса, и неудачные страховые тарифы. Так, например, в России они составляют 3,6% от фонда заработной платы, а в развитых зарубежных странах - 8% и более.

Кроме того, принятая ранее система обращения средств ОМС предполагала, что на пути между ОМС и лечебным учреждением обязательно должна стоять страховая компания. Казалось бы, какая разница, главное - деньги доходят по назначению. Но это не совсем так, ведь на каждом участке цепочки работают люди, создается определенная инфраструктура, которая требует немалых затрат.

В системе охраны здоровья возникло двоевластие: у органов управления здравоохранением - административная власть и ответственность за здоровье людей, у органов ОМС - деньги.

Несмотря на аналогичность названия, предложенные сторонами изменения в законе отличны друг от друга.

В частности, правительственные предложения, с которыми выступил заместитель Министра здравоохранения В.И.Стародубов, заключаются, прежде всего:

* в отделении системы обязательного медицинского страхования от страхования добровольного;
* в снятии с территориальных фондов ОМС финансово-кредитных функций;
* в ликвидации страховых компаний.

Также предусматривается корректировка размеров страхового взноса. По проекту правительства усиливается госконтроль за деятельностью фондов ОМС, без которого в сегодняшней ситуации невозможно упорядочить систему финансирования здравоохранения.

«К сожалению, - сказал В.Стародубов, - наши надежды на то, что независимые фонды возьмут на себя контроль за качеством медицинской помощи, не оправдались».

Предложения Е.Горюнова предусматривают:

* единство добровольного и обязательного медицинского страхования;
* введение понятия частнопрактикующего врача и некоторые другие моменты.

Впрочем, пока полемизируют фонды, страховые компании, управления здравоохранения, председатель Комитета Госдумы по охране здоровья Николай Герасименко считает, что разработка модели здравоохранения - дело даже не медиков, а правительства.

Мнения участников дискуссии, каждый из которых является опытным руководителем и не понаслышке знает проблемы здравоохранения, разошлись по ряду важных вопросов. Дебаты по поводу изменений в законе будут продолжены. Никто не сомневается лишь в одном - система ОМС прочно завоевала место и Закон об ОМС нужен как воздух!

Заключение.

В заключении я хочу подвести итог.

В первом разделе проанализировала мнения ученых о реформировании здравоохранения и медицины. В большинстве своем они склоняются к мнению, что минздрав должен определять политику и стратегию развития отрасли. На заседании согласительной комиссии московского областного фонда ОМС 1 декабря 1994 года был рассмотрен вопрос о тарифах на медицинские услуги по специальностям врачей амбулаторно-поликлинических подразделений области. Заместитель министра здравоохранения В.Шабалин говорил о том, что медицина должна иметь свою цену, но цена должна быть доступна для любого слоя населения. Он также говорил, что надо искать источники финансирования и одним из таких источников мог бы стать Фонд ОМС. Затрагивается вопрос об увеличении полномочий территориального фонда ОМС, анализируется опыт республики Коми в организации и ведении «Лекарственного страхования».

Во втором разделе дается краткая экономическая характеристика ТОО "Калининское". Она показала, что предприятие уже 2 годя является убыточным. Себестоимость продукции высокая, она может быть снижена если, во-первых, будет уменьшаться величина затрат при неизменном выходе продукции; во-вторых, если будет увеличиваться количество валовой продукции при неизменных затратах; и в-третьих, если темпы роста валовой продукции будут опережать темпы увеличения затрат. Финансовое положение может измениться в случае стабилизации экономики в стране, снижении налоговых ставок и хотя бы при частичном финансировании государства.

Третий раздел включает в себя три подраздела. В первом дается общее понятие о фонде обязательного медицинского страхования и о его составляющих, а также определяется цель создания, объекты, субъекты и участники Фонда ОМС. Во-втором источники образования фонда ОМС. В третьем конкретно указывается порядок взаимоотношения ТОО "Калининское" с фондом ОМС в нем рассматривается порядок регистрации в Фонде и порядок отчисления взносов в Фонд.

В четвертом разделе я рассказываю проблемы финансирования российской медицины в общем блоке проблем здравоохранения. Говорится о несовершенстве закона - это недостаточность страхового взноса, и неудачный страховой тариф. Н.Герасимов в этой статье высказал мнение, что разработка модели здравоохранения - дело даже не медиков, а правительства. Я согласна с мнением дискутирующих, что система ОМС прочно завоевала свое место и сейчас как никогда нужен закон об ОМС.

 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 года №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» // Экономика и жизнь, - 1991, №15 - с.2
2. Инструкция «О порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование», от 11 октября 1993 г. № 1018 // Экономика и жизнь, - 1993, №28 - с.12
3. Письмо Исполнительной дирекции Федерального фонда обязательного медицинского страхования РФ от 27.03.97 N 981/23 «О праве бесспорного списания сумм страховых взносов на ОМС»
4. Положение «О порядке уплаты страховых взносов в Феде­ральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования», от 24 февраля 1993 г. № 4543-1//Экономика и жизнь, - 1993,-№5 -с.4
5. Девятеров В.Н. «Интеграция и взаимодействие - путь выживания медицины территорий» // «Medicine for you» Courier. - №25(32) - 1996 - с.5
6. Заседание коллегии минздравмедпрома России «Об организации научно-медецинских исследований в РФ» // «Medicine for you» Courier. - №14 - 1996 - с.12
7. Комаров Ю.М. «В реформах наше будущее» // «Medicine for you» Courier. - №3(35) - 1997 - с.17
8. Пешехонов Ю.В. «Внебюджетные социальные фонды: состояние и перспективы»//Финансы - 1997 - №4 с.28
9. Финансы: учебник/под редакцией В.М.Родионовой // М.: Финансы и статистика, 1995.- 432с.
10. Худайнозаров Н. «ОСМ: будет ли шаг вперед?» // «Medicine for you» Courier. - №2(34) - 1997 - с.11

|  |  |
| --- | --- |
| СОДЕРЖАНИЕ | СТР. |
| ВВЕДЕНИЕI.Фонд обязательного медицинского страхованияII.Краткая экономическая характеристика ТОО «Калининское»III.Анализ действующего порядка отчисления денег в Фонд обязательного медицинского страхования3.1 Понятие Фонда обязательного медицинского страхования3.2 Источники образования фонда ОМС3.3Порядок взаимоотношения ТОО «Калининское» с Фондом обязательного медицинского страхованияIV.Совершенствование взаимоотношений сельского хозяйства с Фондом обязательного медицинского страхованияЗаключениеСписок литературы | 361521212324283133 |

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**РЕЦЕНЗИЯ**